

Varje anmält HSAN-fall bedöms utifrån rådande situation

redovisade i rapporten. Att staten har en roll motiveras av att de vinster som erhålls med ett snabbt och professionellt omhändertagande innefattar kostnader inte bara för sjukvård utan också i hög grad för invaliditet, kvarstående sjuklighet och för tidig död.

När det gäller förslaget om den medicinska besättningen är det naturligtvis en fördel med att en läkare ingår i grundbemanningen, inte minst för att alltid säkerställa diagnostisk kompetens. Läkaren och sjuksköterskan blir ett väl fungerande team, på samma sätt som sjuksköterskan och ambulanssjukvårdaren i en ambulans. De får god kunskap om och övning i att fungera optimalt utanför sjukhuset.

Att utredningen trots dessa argument ändå föreslår en grundbemanning med en specialistutbildad anestesijuksköterska och en ambulanssjukvårdare baseras på det faktum att det enligt vår bedömning för närvarande inte finns tillräckligt många anesthesi- och/eller intensivvårdsläkare för att dygnet runt kunna bemanna de 15 ambulanshelikoptrar som tillsammans täcker Sverige. Erfarenheterna från Jämtland talar också för att det går att identifiera de tillfällen då läkarmedverkan är nödvändig. Detta förutsätter dock tillgång till relevant läkarkompetens vid SOS-centralerna.

Vi vill understryka att förslaget till grundbemanning är en miniminivå, och att det är regionerna som med hänsyn till de lokala förutsättningarna själva avgör vilken grundbemanning som bör finnas på helikoptern.

Att få tillgång till kvalificerad personal är skälet till att helikoptrarna placeras vid regionsjukhusen. Dessutom har en förutsättning varit att helikoptrarna skall nå så många människor som möjligt på kortast möjliga tid.

Vår förhoppning är nu att utredningen leder till de förhandlingar och fortsatta diskussioner som var avsikten, och att inte andra intressen eller bevekelsegrunder kan tas till intäkt för att förhålla frågan ännu en gång.

Nina Rehnqvist
överdirektör, Socialstyrelsen
Gunilla Hulth-Backlund
direktör, Socialstyrelsen
Walter Slunge
fd förbundsdirektör

I Läkartidningen 32–33/99 kommenterar Ulf Lindsjö referat av HSAN-ärendet (HSAN 29/98) publicerat i 25/99.

Ulf Lindsjö har reagerat över formuleringen »om operationen sker i tidigt eller sent skede eller först efter ett eller två dygn har ingen betydelse» i HSANs bedömning av ett ärende rörande att en medial collumfraktur på en 76-årig man blev opererad först efter 39 timmar. Taggen ur sitt sammanhang ter sig formuleringen givetvis absurd. I det aktuella fallet gällde det emellertid att anmälan ifrågasatte huruvida tidsfördröjningen var orsaken till att hans fraktur ej läkte utan läkningskomplikation. Det är mot den bakgrunden jag i egenskap av HSANs föredragande i ortopedi formulerat bedömningen. »Slutresultatet av en operation av ett lårbenshalsbrott bestäms av den initiala skadan, och hur väl man lyckas reponera frakturen och korrekt placera fixationsmaterialet (skruvarna). Om operationen sker i ett tidigt skede eller först efter ett eller två dygn har ingen betydelse.»

Möjligt och rimligt

Som föredragande i HSAN anser jag det grundläggande att varje anmält fall bedöms utifrån den rådande situationen när händelsen inträffar. Givetvis instämmer jag i alla Ulf Lindsjös åsikter om den ökade risken för generella komplikationer vid fördröjning av frakturoperationer, problemen med prioriteringar av ingrepp opererande specialiteter emellan och de otillräckliga resurserna för optimalt bedrivna handläggning av akut frakturkirurgi. Vi lever dock ej i den bästa av världar och därför måste bedömningar i HSAN göras på ett sätt som rättvist bedömer varje anmälan under iakttagande av vad som var möjligt och rimligt för patient och inblandad sjukvårdspersonal när den anmälda händelsen inträffade.

Huruvida tiden mellan collumfraktur och operation har betydelse för läkningen har studerats, men att den är av sådan betydelse att det är mot vetenskap och beprövad erfarenhet att fördröja ingreppet till, som i det aktuella fallet, 39 timmar anser jag ej.

HSANs bedömningar måste formuleras så att beslut som friar läkare och annan sjukvårdspersonal inte hos patienten eller anmälan lämnar tvivel om

att just de fått den bästa behandling som var möjlig i den aktuella situationen.

Jag anser inte heller att det är etiskt eller medicinsk försvarbart att generellt låta äldre frakturpatienter vänta till sist vid operationsprioritering, och så sker nog inte heller vid några av våra sjukhus. Däremot är det en verklighet att det vid anhopning av jouroperationer på gemensamma operationsavdelningar ofta är andra ingrepp som på goda grunder prioriteras före höftfraktureringreppen.

Richard Wallensten
föredragande ortoped i HSAN

Tidigvarning även för kroppsliga symtom

Lars Werkö beskrev tidigvarningssystem i Läkartidningen 28–29/99 och poängterade att nya metoder måste vetenskapligt värderas innan de införs i sjukvården.

Ordet *tidigvarning* är värt att använda även i andra sammanhang, bl a för de signaler från friska rörelseorgan som hotas av smärta. Under enformiga rörelser och/eller långvarig orörlig kroppsställning uppträder en känsla av trötthet, stramning och obehag. Om dessa upplevelser får pågå övergår de snart i smärta, och om de tillåts uppträda många gånger om dagen kanske man talar om långvarig («kronisk») smärta i nacke, skuldror, arm eller rygg.

Ett nytt arbete kan medföra bestående gott resultat, medan sjukskrivning och lokala behandlingar ger nedslående effekt om patienten återgår till tidigare aktiviteter. I de fall då ändring av arbetsuppgifterna inte låter sig göra bör en sjukgymnast eller arbetsterapeut beredas tillräcklig tid att hjälpa patienten att uppleva tidigvarningarna och därmed få möjlighet att undvika smärta.

För patienter med artros och/eller spondylos kan tidigvarningarna uppträda vid relativt små belastningar, vilket gör de nämnda åtgärderna särskilt viktiga.

Harald Brodin
professor emeritus, Vallsta